

---

# ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ADOLESCENTES CON GRAVES PROBLEMAS DE CONDUCTA EN UN CENTRO DE MENORES. EVOLUCIÓN DE UN CASO

## THERAPY FOR ADOLESCENTS WITH SEVERE CONDUCT DISORDERS IN A YOUNG RESIDENTIAL CENTER. A CASE EVOLUTION

Olga Rodríguez Ochoa\*, Ángel Estalayo Hernández\*\* y Fernando González Serrano\*\*\*

---

### RESUMEN

La prevalencia de problemas de conducta, violencia, consumo de tóxicos y trastornos mentales en la población de menores usuarios de recursos de Justicia Juvenil y/o protección es muy significativa. En el siguiente trabajo presentamos el caso de un joven adolescente en el que destacan una personalidad de tendencia borderline, con presencia de relaciones interpersonales inestables y conductas impulsivas y autopunitivas. Detallamos el itinerario educativo-terapéutico con él realizado y los cambios registrados en las distintas pruebas psicométricas (MACI- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon) a las que se ha sometido al joven durante su paso por el centro de internamiento. La experiencia acumulada en el campo de la Justicia Juvenil nos permite describir un modelo de atención específica que integra profesionales de los ámbitos educativo, clínico y judicial, que parte con el objetivo prioritario de asegurar la atención óptima

del menor. La intervención que se lleva a cabo en el Centro tiene como modelo terapéutico de referencia la Psicoterapia de Vinculación Emocional Validante (VEV). La VEV se enmarca dentro de los modelos integradores en psicoterapia y constituye una metodología especializada de intervención en dispositivos de justicia juvenil y protección de menores.

**Palabras clave:** Justicia juvenil, Servicios de Protección, Vinculación Emocional Validante (VEV), MACI- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.

### ABSTRACT

The prevalence of behavioral problems, violence, drug consumption and mental disorders is significant in juvenile detention centers. In the following paper, we present the case of a young teenager, highlighting a borderline personality trend, with the presence of unstable interpersonal relationships and self-punitive

---

\* Psicoterapeuta y psicóloga del Equipo Psicosocial Judicial de Bizkaia. E-mail: olgaotsoa@yahoo.es

\*\* Psicoterapeuta y Responsable del área de menor y familia IRSE-EBI. E-mail: aestaher@irsebizkaia.org

\*\*\* Psiquiatra y psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Niños y Adolescentes de la Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza). Presidente de SEYPNA.

and impulsive behavior. We outline the educational and therapeutic itinerary he underwent, and the changes registered in various psychometric tests carried out (MACI –Millon Adolescent Clinical Inventory) during his time at the detention center. The experience accumulated in the field of juvenile justice allows us to determine a specific model, involving educational, clinical, and legal professionals, commencing with the primary objective of ensuring the optimal care of the child. The intervention takes place in the Centre and has a therapeutic model of reference, Validation Emotional Bonding Psychotherapy (VSV). This is part of the integrative models in psychotherapy, a methodology specializing in intervention in juvenile justice and child protection.

**Key words:** Juvenile Justice, Protection services, Validation Emotional Bonding Psychotherapy, MACI – Millon Adolescent Clinical Inventory.

## CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

La intervención que se describe ha sido desarrollada en un Centro de Internamiento de Justicia Juvenil. Se trata de un servicio residencial perteneciente a la red de recursos para el cumplimiento de medidas judiciales impuestas a menores de la Comunidad Autónoma Vasca adscrita al Departamento de Justicia Juvenil. Es un Centro de Nivel II o de integración comunitaria, y posibilita que los menores y/o jóvenes que en él residen puedan hacer un uso cotidiano de recursos de la red comunitaria cuando su proceso educativo-terapéutico así lo requiere. El Centro cuenta con una capacidad de 11 plazas. Las medidas que se llevan a cabo son medidas judiciales de Internamiento en régimen semi-abierto y abierto, Internamiento Terapéutico, Convivencia en Grupo Educativo, Permanencia de Fines de Semana en Centro y Prestación en Beneficio a la Comunidad.

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, MOTIVO DE CONSULTA E HISTORIA DEL PROBLEMA

El menor tiene 15 años de edad e ingresa cautelarmente en el Centro a finales de 2011 por un presunto delito de violencia filio-parental (VFP). En dicho momento residía con sus padres adoptivos. Nacido en Colombia, fue adoptado a los 9 años de edad. Los padres relatan episodios de sufrimiento y maltrato durante su infancia por parte de la familia biológica. Desde su adopción el

menor ha presentado problemas de comportamiento (insultos a sus padres adoptivos y amenazas de hacerse daño a sí mismo, entre otros), por lo que los progenitores solicitaron ayuda terapéutica y psiquiátrica en su Centro de Salud Mental infanto-juvenil y en el servicio de apoyo psicológico para la Post-Adopción. Dichas intervenciones tuvieron lugar desde 2005 hasta 2009. En Abril de 2011, valorándose el desamparo del menor, la autoridad competente asumió su guarda y se le asignó un recurso de Acogimiento Residencial al que no llegó a acudir debido a su propia negativa. El menor y sus padres describen una posible experiencia de *bullying* en el contexto escolar a su llegada a España. A nivel académico ha presentado a lo largo de su escolarización, tanto en educación primaria como en secundaria, diferentes procesos de inadaptación y fracaso escolar. Al ingresar en el Centro no estaba matriculado en ningún centro formativo. Respecto a los antecedentes en salud mental, ha realizado tratamiento ambulatorio en el servicio público de salud, en centros concertados (tratamiento individual y familiar) y en consulta privada. El menor y sus progenitores refieren una experiencia negativa de los distintos tratamientos en que han participado. A su llegada presenta consumos de riesgo de cannabis, anfetamina, cocaína, ketamina y otras sustancias.

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

A la hora de trabajar con pacientes resistentes y/o violentos desde la metodología de la Vinculación Emocional Validante (VEV), los siguientes objetivos generales son especialmente importantes: fomentar la egodistonia como elemento motivador en pacientes resistentes al cambio, facilitar la toma de conciencia del problema y de las capacidades (como prefacio y elemento sustentador de la responsabilización necesaria), generar una explicación o definición compartida del problema con el menor (generar demanda), y generar un marco compartido de qué se puede hacer, es decir, generar una estructura del proceso educativo-terapéutico, generar una adhesión a la relación de ayuda, contener o minimizar los factores externalizantes que de alguna manera sostienen o generan el síntoma, parar la expresión del síntoma y luego dotar de un programa educativo-terapéutico estructurado. Bateman y Fonagy (1999) proponen que los tratamientos con pacientes muy graves deberían ser estructurados, presentar un foco de atención claro, destinar esfuerzo a fomentar el cumplimiento, ser teóricamente coherentes tanto con el profesional como con el paciente, tener mayor duración, fomentar una relación de vínculo intenso

y estar bien integrados con otros servicios. En el caso que nos ocupa los objetivos quedan definidos como sigue:

1. Promover la asunción de la norma como forma de convivencia y respeto hacia sí mismo y los otros.
2. Mejorar su eficacia interpersonal y la adquisición de habilidades sociales y de autoconciencia; desarrollar su capacidad de mentalización.
3. Mejorar sus capacidades cognitivas y desarrollar un programa individualizado en el área formativa.
4. Desarrollar estrategias de prevención ante cualquier tipo de conducta autolítica.
5. Desarrollar una adecuada conciencia de la gravedad y los efectos de los actos por los que ha sido internado así como su responsabilización.
6. Comprender las necesidades y emociones desreguladas que le llevan a dinámicas de consumo y buscar formas de realización saludables.
7. Promover dinámicas de conocimiento de su pasado que contribuyan a la consolidación de su identidad.
8. Generar adhesión al trabajo educativo-terapéutico (a la relación de ayuda) y la toma de conciencia de problema.
9. Desarrollar la necesidad de un abordaje terapéutico especializado.
10. Mantener contacto con la familia adoptiva y facilitar la relación con el menor, redefiniendo la misma si el proceso individual del menor lo posibilita.
11. Desarrollar un proyecto de vida pro-social de cara a su mayoría de edad, encaminando al menor hacia su autonomía y emancipación.

## SELECCIÓN DEL TIPO DE INTERVENCIÓN

La intervención que se lleva a cabo en el Centro tiene como modelo terapéutico de referencia la Psicoterapia de Vinculación Emocional Validante. La VEV se enmarca dentro de los modelos integradores en psicoterapia y constituye una metodología especializada de intervención en dispositivos de justicia juvenil y protección de menores. Es un enfoque psicoterapéutico de apoyo de tiempo limitado con un encuadre de relación cotidiana a implementar desde contextos de control, en supuestos de involuntariedad de tratamiento, trastornos graves egosintónicos que conlleven desregulación emocional, desorden relacional e impacto en el entorno. La VEV procura crear un entorno contenedor que posibilite validar la experiencia emocional de los menores. La generación

de este tipo de ambiente validante y de esta movilización del estilo de apego originario hacia un apego seguro se articula en cuatro etapas, cada una de ellas definida por una serie de fases, de tal manera que es condición indispensable y necesaria que el menor haya superado los aspectos fundamentales de cada una de las etapas para que el equipo profesional se plantee iniciar con garantías la siguiente, puesto que la etapa anterior es el cimiento indispensable sobre la que se apoya la posterior (Estalayo, Rodríguez Ochoa y Romero León, 2009). La metodología de la VEV consta de las diferentes modalidades de intervención individual, familiar, grupal y/o comunitaria, valorándose el tratamiento adecuado atendiendo a cada caso particular. A su vez, el carácter educativo-terapéutico de la intervención se basa en aspectos nucleares relativos a los procesos de evaluación, el análisis de la demanda, la coordinación con los diversos agentes de intervención o comunitarios, el ambiente como convivencia, los diferentes tipos de actividades grupales y las terapias familiares (Estalayo, Rodríguez Ochoa y García Ormaza, 2014). En el caso que presentamos se aplicaron las cuatro modalidades en distintos momentos de la intervención. Durante el primer internamiento el trabajo se realizó fundamentalmente a nivel individual y grupal y durante el segundo internamiento se incidió en mayor medida en la intervención familiar y comunitaria.

## EVALUACIÓN PRE-INTERVENCIÓN

En el primer mes de internamiento se realiza una valoración que incluye pruebas psicométricas para detectar la presencia de distintos tipos de signos que se encuentren en el origen de la desregulación. En este caso concreto las pruebas aplicadas han consistido en el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993), la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada, para medir las competencias verbales y manipulativas de inteligencia (WISC-R; TEA, 1993), el Test de Raven o de Matrices Progresivas y el Cuestionario de Agresividad Reactiva – Proactiva (RPQ) para evaluar el tipo de violencia predominante y concomitante al síntoma trasgresor y otros presentes (véanse tablas 1,2 y 3). A la hora de la aplicación de las pruebas, se informó al sujeto del anonimato y la voluntariedad de las mismas y se pidió que contestara lo más acorde a sus pensamientos y actitudes. También existen materiales de confección de los propios equipos como el Registro de Observación Individual que se basa en una serie de ítems que recogen el nivel de rendimiento del adolescente cuando entra en el dispositivo en las diferentes áreas de intervención y

que tiene un carácter facilitador de la dimensión subjetiva no sometible a réplica.

La estrategia de evaluación de la eficacia se ha realizado mediante la comparación de las escalas del MACI y la evolución de los factores protectores o resilientes en el menor (véanse tablas 5 y 6). Desde nuestra perspectiva la intervención con adolescentes graves no consiste tanto en eliminar los factores negativos o causales de la conducta delinocuencial sino en incidir sobre los factores mantenedores que en la actualidad están determinando la conducta antisocial introducir y potenciar los factores de protección y de promoción. Por ello, en la evaluación inicial se incluyen los recursos personales, familiares y comunitarios del menor y se evalúan (antes y después de la intervención) las características de resiliencia o factores de protección y promoción. El mayor acuerdo entre los diversos autores que han tratado de identificar los pilares de la resiliencia se agrupa en las siguientes características: autoestima, introspección, habilidades de relación interpersonal, iniciativa, humor, creatividad, moralidad e independencia (Pol, Montero, Fernández Martín y López Villarreal, 2014). La intervención debe incidir en estos aspectos en aras a trabajar con objetivos realistas en un período de tiempo limitado.

**Tabla 1:** La escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R).

	P.D	P.T
Pruebas verbales	95	30
Pruebas manipulativas	144	28
	P.D	P.T
Puntuación Verbal	30	73
Puntuación Manipulativa	28	66
<b>Puntuación Total</b>	<b>58</b>	<b>65</b>
<b>Resultado: Cociente Intelectual inferior a la media</b>		

**Tabla 2:** Test de Raven o de Matrices Progresivas.

42 ítems correctos (de 60 ítems)
Percentil 25
<b>Rango IV+ Cociente intelectual inferior al término medio</b>

Respecto a las impresiones cognitivas que se aprecian en las pruebas destacan el razonamiento conceptual

deficiente así como un modo de razonamiento concreto asociado a la dificultad para percibir un todo. En lo que se refiere a las impresiones conductuales destacan su falta de concentración y tendencia a distraerse, falta de interés en el aprovechamiento escolar, falta de orientación al logro, así como una excesiva preocupación por datos irrelevantes.

**Tabla 3:** Cuestionario de Agresividad Reactiva – Proactiva (RPQ).

TIPOS DE VIOLENCIA	INTENSIDAD			TOTAL
	0 (NUNCA)	1 (A VECES)	2 (A MENUDO)	
REACTIVA	4	2, 5, 7, 8, 9, 11	1, 3, 6, 10	Total VR = 14
PROACTIVA	18, 22	13, 15, 16	12, 14, 17, 19, 20, 21, 23	Total VP = 17

Desde una perspectiva funcional Dodge (1991) ha distinguido dos tipos de violencia en función de los procesos motivacionales y cognitivo-emocionales que subyacen a la conducta violenta: la violencia reactiva y la proactiva. Penado, Andreu y Peña (2014) consideran un tercer tipo de agresión de tipo mixto para aquellos sujetos que manifiestan tanto comportamientos agresivos reactivos como proactivos. Según estos autores la violencia mixta presenta características más semejantes a la violencia proactiva, encontrándonos en estos adolescentes una elevada presencia de conducta antisocial. Los resultados del RPQ muestran una predominancia de un tipo de violencia mixta en nuestro sujeto.

En el MACI aplicado al inicio de su primer ingreso en el Centro obtiene una puntuación elevada en Tendencia al suicidio, aspecto que unido a la elevada propensión a la Impulsividad y la falta de una red de apoyo social y familiar estable y positiva nos coloca en una situación de alerta y necesidad de atención especializada (se implementa un protocolo de prevención de comportamientos autolíticos). También destaca la elevada puntuación en la Tendencia límite. Son fácilmente observables en el adolescente los rasgos de difusión de identidad, torpeza relacional, intolerancia al malestar, impulsividad y un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, lo cual nos orienta hacia una impresión diagnóstica de trastorno de personalidad límite. Se constata la fragilidad en sus límites y consistencia interna, destacando su carácter abandonico, así como la confusión y la desorganización respecto a sí mismo

y a su familia adoptiva (véase tabla 5: pre-test; ISA 1). El menor presenta un cuadro comórbido obteniendo puntuaciones más elevadas en las siguientes escalas del MACI: Tendencia al suicidio (TB= 108), Tendencia límite (TB= 106), Abusos en la infancia (TB= 104), Inclinación al abuso de sustancias (TB=100), Alteración (TB= 90), Predisposición a la delincuencia (TB= 89), Pesimista (TB= 87), Propensión a la impulsividad (TB= 83), Difusión de la identidad (TB= 83), Desvalorización de sí mismo (TB= 80) y Rebeldía (TB= 75).

## DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

### 1. Evaluación e impresión diagnóstica

El menor ingresa en el centro tras denuncia de VFP interpuesta por sus padres. Este hecho dificulta la aceptación de la medida judicial, reviviendo su experiencia de abandono y rechazo parental. Al inicio del internamiento el menor se niega a hablar con sus padres, rechazando tanto las llamadas telefónicas como las visitas familiares. Refiere experiencias traumáticas durante su infancia en Colombia, malos tratos físicos, abusos sexuales, tiene pesadillas frecuentes y gran dificultad para hablar sobre estos contenidos protagonizando diversos pasajes al acto de intensa violencia, necesitando en varios momentos la contención física. Reproduce la vivencia de ser maltratado en la relación con el equipo educativo-terapéutico, suponiendo un difícil manejo de la contratransferencia por parte del mismo. Amenaza verbalmente a educadores pero no agrede físicamente, las agresiones físicas las dirige hacia sí mismo u objetos.

Observamos un estilo de apego desorganizado, conductas de apego coercitivas con comportamientos regresivos y exhibicionistas, pero también conducta de apego evitativa en lo relativo al miedo y a la soledad. Muestra un tipo de violencia mixta de inicio en la infancia con gran desregulación emocional y conductual e ideas y conductas autolíticas. Según la propuesta de Frick y Ellis (1999) se trataría de un trastorno de conducta de inicio en la infancia (antes de los 10 años) de tipo impulsivo. El conocimiento

de la etiología y el curso del trastorno de conducta es importante para comprender y prevenir una serie de resultados problemáticos en el ajuste a lo largo de la vida, incluyendo los problemas de salud mental, los cuales pueden devenir en problemas de exclusión social (Barry, Golmaryami, Rivera-Hudson y Frick, 2013). Atendiendo a los criterios establecidos en el DSM-V se trata de un trastorno disocial con presencia de emociones prosociales limitadas o rasgos de dureza e insensibilidad afectiva en su primer ingreso en el centro, pero sin llegar a cumplir los criterios para este especificador en su segundo internamiento (véase tabla 4). Para indicar rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, deben haberse manifestado dos (o más) de las cuatro características descriptoras (ausencia de remordimiento o culpa, dureza o falta de empatía, despreocupación por el rendimiento y/o afecto superficial o deficiente) de manera persistente durante al menos 12 meses y en relaciones y contextos múltiples (Molinuevo, 2014). La investigación sugiere que la presencia de importantes niveles de rasgos de insensibilidad emocional tiene importantes implicaciones para el tratamiento. Varios estudios han demostrado que estos adolescentes son más difíciles de tratar y con frecuencia no responden a tratamientos habituales en centros de salud mental o de la justicia de menores (Barry, Golmaryami, Rivera Hudson y Frick, 2013).

**Tabla 4:** Evaluación rasgos de dureza e insensibilidad afectiva y edad de inicio.

	Ausencia culpa / remordimiento		Dureza / falta empatía		Despreocupación por el rendimiento		Afecto superficial o deficiente		Edad de inicio
	Últimos 12 meses	Múltiples contextos	Últimos 12 meses	Múltiples contextos	Últimos 12 meses	Múltiples contextos	Últimos 12 meses	Múltiples Contextos	
<b>Primer Internam.</b>	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	6 años
<b>Segundo Internam.</b>	NO	NO	SI	NO		SI	SI	NO	6 años

El menor ha realizado dos medidas de internamiento en el Centro. Su primera estancia en el Centro duró seis meses. Un año después de la finalización del primer internamiento vuelve a ingresar en el Centro por quebrantamiento de la Libertad Vigilada y comisión de nuevos delitos, permaneciendo en este segundo internamiento un año en el Centro. A continuación exponemos los aspectos más relevantes de la intervención desarrollada en cada medida de internamiento.

## 2. Momentos claves durante su primer internamiento (6 meses)

Al mes de su ingreso le informan en el centro que el Servicio de Infancia de la Diputación asume su guarda y tutela. Este hecho supone una gran crisis en el menor que se ve desbordado requiriendo de contención física. Los motivos que propiciaron el cese de la guarda y tutela fueron los siguientes: incapacidad parental de control de la conducta adolescente de gravedad muy elevada, negligencia hacia las necesidades formativas de gravedad elevada y maltrato emocional de gravedad en el área de rechazar. La familia ha rechazado todas las propuestas de apoyo iniciadas desde los recursos en intervención. No obstante se le proporciona una explicación incompleta y confusa de los motivos de la asunción de su tutela que el menor interpreta como una consecuencia de su mal comportamiento. El menor demanda conocer sus orígenes respecto a su proceso de adopción y familia biológica. Se tramita esta demanda a la institución pertinente desde la cual le responden que podrá acceder a su expediente cuando sea mayor de edad o bien si demuestra ser un “menor maduro”. El menor muestra capacidad de vinculación con determinadas figuras educativas, si bien tiene tendencia a medir torpemente el grado de vinculación que le ofrecen dichas figuras e incluso, mediante desafío o provocación busca el límite de dicha vinculación, como si tratara de forzar un nuevo abandono que le confirmara sus experiencias repetidas de abandono. De ahí que muestre una búsqueda ambivalente de vínculo y un temor permanente al abandono, del cual trata de defenderse evitando una vinculación segura y estable. Durante su primer ingreso logra vincular con varios profesionales del centro y empieza a poder hablar y compartir sus temores y experiencias traumáticas. A pesar de reconocer abiertamente su malestar y necesidad de ayuda se niega a aceptar cualquier ayuda profesional externa al Centro. Determinadas figuras del centro empiezan a funcionar como un “yo auxiliar” del menor.

El menor comienza, por iniciativa propia, a escribir un libro de carácter autobiográfico. Cuando finaliza su primer internamiento al marcharse del Centro se deja el libro que está escribiendo. Tras el cambio de tutela el adolescente realiza el siguiente Itinerario en Centros de Protección:

- a) Durante su primer internamiento acuerda con el Técnico de Infancia ir a un piso en la misma localidad en la que residen sus padres, sin embargo

no llega a acudir a este piso por cuestiones ajenas al menor.

- b) Le derivan a un centro especializado para trastornos de conducta (fase II). Acude durante un mes aproximadamente desde los permisos de fin de semana que obtiene en el Centro de Justicia Juvenil. El día de finalización del primer internamiento e incorporación definitiva a este recurso realiza una fuga de larga duración.
- c) Le derivan a un centro especializado para graves trastornos de conducta (fase I). Solamente acude una noche, o bien cuando es detenido le llevan, fugándose al día siguiente. No llega a permanecer dos días seguidos en este recurso. Se mantiene fugado durante un año hasta que vuelve a ingresar en nuestro Centro de Justicia Juvenil.

## 3. Momentos claves durante su segundo internamiento (duración 12 meses)

Este segundo internamiento comienza como resultado del incumplimiento de la libertad vigilada, inasistencia al recurso residencial que la Diputación le asignó y comisión de nuevos delitos, distintos a la VFP que motivó su primer internamiento. En un primer momento, podría ser considerado como un fracaso del primer internamiento.

En los primeros momentos, las dinámicas de relación del menor ponían a prueba el vínculo con el equipo y especialmente con algunas figuras especialmente significativas para él. Tras varias situaciones de confrontación desde espacios cotidianos de intervención, el menor comienza a poder pensar, como principal motivo de reincidencia, en las dificultades de relación con su familia. Concretamente, en la imposibilidad de abordar contenidos difíciles que sí había podido compartir dentro del Centro. Ya en el primer internamiento había referido en más de una ocasión qué duro le resultaba tener que haberse sentido querido por primera vez en un Centro de Reforma. Ello motiva abordar contenidos personales, accesibles desde el recuerdo de pesadillas y el significado de las mismas, así como reuniones con los padres para acometer esos aspectos relacionales y generar un clima contenedor y segurizante. En un momento de avance en este proceso educativo-terapéutico se fuga del centro. Su duración es larga pero mantiene contacto cotidiano. A su retorno al Centro, se analizan los motivos de dicha fuga y lo que ha ocurrido durante la misma. El contenido de las últimas reuniones familiares y el temor al término de

la medida como expresión del miedo al cambio, resumen los desencadenantes. Este proceso o momento que desde la VEV definimos como fase de amenaza a la identidad, suele poner de relieve la dificultad de integrar cambios y generalizar los mismos, como resultado de una pérdida de coherencia interna y de sentimiento de traición a la propia biografía. En el caso de este menor, los aspectos de contacto con su pasado movilizaron estos procesos y propiciaron una recaída que se concretó en la fuga, la cual también posibilitaba regular el ritmo de lo que era capaz de integrar. No obstante, tras las primeras intervenciones, mantiene su necesidad de conocer sus orígenes. Se le propone plantear esta demanda individual en el espacio terapéutico familiar y acepta, lo cual conlleva que se realice este trabajo desde el Centro antes de la finalización de la medida judicial. Se acuerdan y firman los siguientes objetivos familiares: redefinir las relaciones familiares desde la no convivencia del menor, elaboración de un proyecto de futuro y trabajo sobre el proceso de adopción a través de las vivencias de los tres miembros familiares y del expediente de adopción que poseen los padres. Por otra parte, comienza a acudir a un Programa de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) de cocina elegido por él, y en el centro asume la responsabilidad de apoyar a la cocinera. Continúa verbalizando su negativa a acudir a recursos terapéuticos externos constituyéndose en uno de los objetivos prioritarios del internamiento. Acepta realizar un tratamiento psicológico privado, desplazándose el profesional al Centro durante una primera etapa y realizando las sesiones fuera del centro con posterioridad. Los padres aceptan apoyar y asumir el coste del tratamiento al término del internamiento. Por último, inicia una relación de pareja con una adolescente que estudia, vive con su madre y que no consume tóxicos y no quiere que él consuma. Este tipo de circunstancias se corresponden con la fase de desistencia en el modelo VEV. Mantiene esta relación afectiva durante este segundo internamiento.

## EVALUACIÓN POSTINTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

El menor mantiene contacto con diversos profesionales de referencia del Centro tras la finalización de su segundo internamiento. Un mes después de finalizar su segundo internamiento su novia se queda embarazada y va a vivir con ella, su madre y hermano. Se deja apoyar por sus padres adoptivos y mantiene la relación con ellos.

Continúa el PCPI de cocina y está sacando el graduado escolar. Se realiza la evaluación post-intervención un año después de la finalización de su segundo internamiento. El menor continúa residiendo con su pareja e hija en el domicilio de la madre de su pareja. Se muestra muy centrado en el plano laboral, está trabajando desde hace dos meses como cocinero en un restaurante y continúa estudiando para la consecución del graduado escolar ya que sus expectativas consisten en realizar un grado medio en el ámbito de la cocina. Su pareja ha iniciado un grado medio. Se muestra responsable en su rol paterno con su hija, y mantiene una relación estable y de apoyo con su familia adoptiva (padres, abuela y tíos). Las expectativas del joven que ahora tiene 19 años de edad pasan por disponer de una vivienda propia para su nueva unidad familiar, contando para ello con su sueldo y el apoyo de sus padres. La percepción del joven y su entorno familiar es muy positiva respecto al proceso de madurez y responsabilización personal realizado por el adolescente.

Para evaluar si la intervención había producido un cambio significativo en el adolescente, se utilizó el método del test-retestantes y después de cada internamiento en el Centro así como un año después de la finalización del segundo internamiento con el objeto de evaluar el mantenimiento del cambio en su entorno de referencia (véase tabla 5). El MACI es un instrumento diseñado para la evaluación de las características de la personalidad adolescente y sus síndromes clínicos. La prueba posee 12 escalas de Patrones de Personalidad concebidos como modos de funcionamiento psicológico relativamente estables precursores del estilo de personalidad adulta, 8 escalas de Preocupaciones Expresadas que representan las percepciones de los menores y 7 escalas de Síndromes Clínicos que incluyen los trastornos afectivos y de la adaptación social que tienen mayor prevalencia en la adolescencia. La tabla 5 recoge los cinco momentos de evaluación mediante el MACI para facilitar ver su evolución. Las 5 pruebas son válidas atendiendo al criterio de Fiabilidad. Las escalas incluidas en este análisis se limitan a aquellas cuyas TB tengan un nivel igual o superior a 60. Las puntuaciones TB entre 60 y 74 indican un nivel leve de la característica, las puntuaciones en el rango entre 75 y 84 sugieren un nivel moderado y las puntuaciones de 85 o más significan un nivel elevado. El tratamiento recibido supone una mejoría clínica en tanto que se produce una

**Tabla 5:** Evaluación de la eficacia a través de la comparación de las puntuaciones TB (0-115) del MACI.

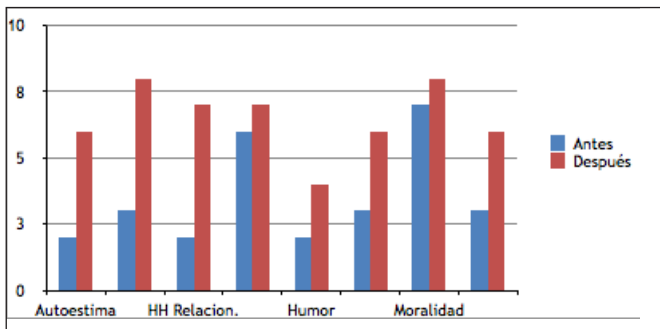
ESCALAS MACI	Pre-test ISA 1	Post-test ISA 1	Pre-test ISA 2	Post-test ISA 2	Seguimiento Post-interv.
Transparencia	77	77	95	73	44
Deseabilidad	67	34	52	78	84
Alteración	90	84	84	77	44
Introverso	53	44	49	39	40
Inhibido	56	39	32	24	44
Pesimista	87	62	81	59	23
Sumiso	22	1	1	21	44
Histriónico	61	101	69	92	85
Egocéntrico	56	68	41	84	93
Rebelde	75	110	97	112	52
Rudo	66	89	97	89	42
Conformista	11	1	1	34	85
Oposicionista	64	82	99	58	33
Autopunitivo	70	63	69	59	4
Tendencia límite	106	106	99	76	18
Difusión identidad	83	86	105	68	10
Desvalor. sí mismo	80	59	71	52	28
Desagrado cuerpo	48	37	47	40	28
Incomodidad sexo	26	15	1	12	87
Inseguridad iguales	38	15	37	34	50
Insensib. social	48	94	82	104	78
Discordancia fam.	48	64	112	67	38
Abusos en Infancia	104	70	109	75	64
Trast. alimentación	46	42	51	47	25
Abusos sustancias	100	103	113	98	57
Pred. delincuencia	89	88	112	112	85
Impulsividad	83	106	115	96	28
Sentim. de ansiedad	18	11	1	12	48
Afecto depresivo	72	60	69	53	21
Tend. al suicidio	108	84	101	64	51

atenuación de los síntomas clínicos que presentaba en las escalas Pesimista, Oposicionista, Autopunitivo, Tendencia Límite, Difusión de la identidad, Desvalorización de sí mismo, Abusos en la infancia, Afecto Depresivo y Tendencia al suicidio. En la evaluación post-intervención además del mantenimiento de esta evolución positiva en estas 9 escalas se constata una notoria mejoría clínica en Rebeldía, Rudeza, Discordancia familiar,

Abuso de sustancias e Impulsividad. Por otra parte, cabe destacar el incremento en la puntuación Conformismo e Incomodidad respecto al sexo que refleja una disminución de los niveles de desinhibición e instrumentalización que solía presentar el adolescente.

Tal y como puede observarse, la mejoría se da en todos los elementos, aunque existen diferentes grados de logro y también distintos puntos de partida. Desde la





**Tabla 6:** Evolución de los Factores Protectores.

VEV entendemos que la intervención debe centrarse en introducir factores positivos y desarrollar los recursos del adolescente y su medio (familiar y comunitario), y no tanto en eliminar los factores negativos. De hecho, estos resultados son compatibles o podrían explicar la mejoría en los factores descritos en la tabla de los resultados del MACI.

Por último, se realiza la evaluación de la consecución de los objetivos terapéuticos desde el equipo de intervención, la evaluación del propio menor y su entorno. El equipo no siempre tiene la misma percepción que el menor del éxito conseguido. Ello también es aplicable a las diferencias entre el entorno, menor y equipo de intervención. En este caso, existía no obstante acuerdo en la mejoría de la mayoría de objetivos, estableciéndose diferencias en los grados de consecución. Es destacable, que aquellos objetivos en los que el menor participó desde una redefinición de la demanda co-construida el acuerdo entre todas las partes era mayor. Por el contrario, en aquellos que el menor no terminó de asumir, la coincidencia en su no consecución es mayor en grado también. Esto último se puede observar en las diferencias de resultados en los dos internamientos en objetivos como adhesión a la relación de ayuda, seguir un abordaje terapéutico especializado, trabajar con la familia y desarrollar un proyecto de vida pro-social (objs. 8, 9,10 y 11). Al término del primer internamiento existía acuerdo en su incumplimiento. Al término del segundo, había acuerdo en su cumplimiento pero con diferencia de grados de consecución entre el equipo, el entorno y el menor.p

## DISCUSIÓN

Pueden ser varios los parámetros desde los cuales establecer el análisis del caso. Se puede considerar la necesidad de dos internamientos como un fracaso del primero o como una necesaria evolución que no sigue el ritmo de duración de una medida y la reincidencia como

una oportunidad para culminar un proceso o una nueva formulación de demanda de intervención. De igual forma, se puede reflexionar sobre hasta qué punto los programas de intervención en este tipo de Servicios incluyen el trabajo cualificado con las familias y el entorno, que en este caso se observa tan determinante de la diferencia de resultados entre el primer y segundo internamiento. Por otra parte, el manejo de la egodistonia y sus límites en la capacidad de mentalización de los usuarios que en este caso se observa en la fuga del segundo internamiento, así como la diferencia en la valoración de la evolución de un caso entre el equipo, la familia y/o entorno y el propio menor y su explicación a través del impacto en cada uno de esos grupos de los componentes externalizantes de las conductas que suponen el síntoma. Habida cuenta de todo ello, entendemos necesario el contraste con procesos de evaluación que incluyan pruebas como el MACI que completan una valoración más exhaustiva o con herramientas como las basadas en elementos de resiliencia que introduzcan los factores protectores como base de la intervención. Por último, abrir el debate sobre la necesidad de modelos especializados e integradores centrados en factores comunes que adecuen sus objetivos y metodologías a este tipo de Servicios, población y tipo de demanda. En definitiva, apostar por una flexibilidad metodológica cualificada que adecúe la intervención-tratamiento al sujeto y no viceversa.

## CONCLUSIONES

El trabajo institucional y terapéutico con adolescentes y jóvenes que presentan graves Trastornos de Personalidad con importantes componentes conductuales, ya menudo antisociales, son uno de los retos más difíciles para los diversos recursos que intervienen en estos casos: Servicios Sociales y de Protección a la Infancia, de Justicia Juvenil y de Salud Mental, a los que se añaden, cuando es posible, los Educativos y Formativos (Hayez, 2004).

Se ha descrito y reflexionado anteriormente en torno al proceso“ de acompañamiento” de un joven cuya evolución, fluctuante y con momentos claramente negativos. Podemos considerarlo un caso que ha tenido un éxito moderado, pero consensuado y mantenido un año después de la finalización de la medida judicial. Pero sabemos de lo frustrante de otros muchos casos.

La necesidad de adaptar los recursos a estos jóvenes solo es posible por medio de medidas de obligatoriedad, impuestas por estamentos judiciales, que implican a menudo la totalidad de la vida de los jóvenes y la

convivencia en un medio cerrado o semicerrado. Estos medios permiten -en base a un encuadre normativo claro y firme- contener los riesgos frecuentes de paso al acto, a menudo asociados a violencia contra otros (familia p.e.) o contra ellos mismos. Implica promover, al mismo tiempo, la función de instancia sancionadora y protectora ( lo que en términos del aparato psíquico entendemos como Súperyo integrado) que el joven no ha podido desarrollar de manera mínima en su personalidad. El entorno debe asumir instancias psíquicas que el propio adolescente no ha creado o no están a su disposición en este momento evolutivo, hasta que pueda hacerlo por sí mismo (Jeammet, 1992, 1995).

Desde los dispositivos de Salud Mental con Adolescentes graves a menudo decimos que tenemos instrumentos -incluso bastante adecuados- para comprender la psicopatología y las conductas problemáticas expresión de esta. En cambio los instrumentos o intervenciones terapéuticas, la posibilidad de cambiar tanto los recursos psíquicos internos del adolescente como del entorno ( no sólo familia, también educativo o social) son bastante frustrantes. Partiendo de esta línea comprensiva, sabemos que, habitualmente, los orígenes de los problemas graves actuales están anclados en biografías muy complicadas y carenciadas a múltiples niveles. Pero lo importante de intervenciones como las que se describe en este artículo resumidamente, es el plantear la necesidad de abordar los desencadenantes actuales, a menudo vinculados a las vicisitudes del proceso adolescente y los riesgos que inevitablemente conlleva, y las circunstancias de vida mantenedoras o potenciadoras de las conductas problemáticas y el autosabotaje de muchos de estos jóvenes.

La segunda vertiente que se pone en juego, muy vinculada a la comprensión de las vivencias de abandono e inseguridad identitaria de estos adolescentes, es la búsqueda de sus recursos sanos para promoverlos ( potenciar la resiliencia) y en suma devolverles -si nos lo permiten- su dignidad y su lugar, primero en la institución y posteriormente en la familia, en la comunidad formativa o laboral, en la sociedad. A menudo esto se convierte en una tarea imposible. Prima la tendencia, repetitiva y en escalada, al autosabotaje camuflado de conductas que persiguen el control de la situación, el dominio de la angustia, de los miedos y de la insoportable soledad que no pueden tolerar. La pretensión de hacer desaparecer cualquier sentimiento, equivalente de vulnerabilidad o depresividad, para transformarlo - como nos dice Jeammet (2002)- en sensaciones intensas

(incluido el paso al acto o la violencia actuada) que se vuelven adictivas.

Nos parece muy importante transmitir estas experiencias “terapéuticas” desde la difícil vivencia de los profesionales que acompañan a estos jóvenes, que soportan sus ataques directos. Con frecuencia soportar con frustración largas temporadas de fracaso, o en el mejor de los casos de que las cosas no vayan a peor. Y reflexionar sobre los intentos de establecer una relación con estos adolescentes y jóvenes, hacerles sentir que son reconocidos y, a la vez, que se puede crear con ellos una cierta esperanza en que algo puede cambiar (Tio, Mauri y Raventós 2014).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barry, C. T. y Golmaryami, F. N. (2013). Evidence-based assessment of conduct disorder: Current considerations and preparation for DSM-5. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1), 56-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0029202>
- Bateman, A.W. y Fonagy, P. (1999). Psychotherapy for severe personality disorder. *British Medical Journal*, 319, 709.
- Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. En D. Pepler y K. Rubin, *The development and treatment of childhood aggression*. NY: Erlbaum.
- Estalayo, Á.; Rodríguez-Ochoa, O. y García-Ormaza, J. (2014). Reflexiones respecto a los internamientos terapéuticos y su especificidad. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia REINAD*, 7, 11-24. doi: <http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2014.3333>
- Estalayo, Á.; Rodríguez-Ochoa, O. y Romero-León, J.C. (2009). Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2(48), 113-129.
- Frick, P. J. y Ellis, M. (1999). Callous unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child Family Psychology Review* 1999, 2 (3): 149-168.
- Hayez, J. Y. (2004). *La destructividad en el niño y el adolescente*. Barcelona: Herder.
- Jeammet, P. (1992). Lo que se pone en juego. Las identificaciones en la adolescencia. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2, 41-58.
- Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza a la identidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 33-34, 59-91.

- 
- Jeammet, P. (1995). Psicopatología de la adolescencia. En Rodríguez Sacristán J(ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla.
- Millon, T. (2011). *MACI - Inventario Clínico para Adolescentes de Millon*. Madrid: Pearson.
- Molinuevo, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: Cambios y nuevos retos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría. Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 110, 53-57.
- Navarro-Pardo, E.; Moral, J. C. M.; Galán, A. S. y Beitia, M. D. S. (2012). *Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género*. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Penado, M.; Andreu, J. M. y Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta: Análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24, 37-42. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2014.07.012>
- Pol, J.; Montero, C., Fernández-Martín, L.C. y López-Villarreal, A. (2014). *Trastorno adaptativo y resiliencia: El terapeuta como tutor. Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1), 237-253.
- Tió, T.; Mauri, L. y Raventós, P. (2014). *Adolescencia y trasgresión. La experiencia del Equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)*. Barcelona. Ediciones Octaedro.